

EXAMEN Y/O SOLICITUD DE EMPLEO

STD. 678 (REV. 12/2001) (SP) Página 1

Las solicitudes se tramitarán SOLAMENTE de acuerdo a las clasificaciones en las cuales haya un examen en progreso, y que no haya pasado la fecha final límite publicada, o para los puestos vacantes cuando un departamento pida una solicitud.

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA – POR FAVOR, VEA LAS INSTRUCCIONES EN LA ÚLTIMA PÁGINA

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Apellido)		(Nombre de Pila)	(Inicial)	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN POSTAL (Número)		(Calle)	Correo Electrónico (E-mail)	NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO
(Ciudad)	(Condado)	(Estado)	(Código Postal)	()
EXAMEN(ES) O TÍTULO(S) DE LOS EMPLEOS QUE ESTÁ SOLICITANDO				NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA
				()

PERSONNEL USE ONLY

PARA LOS EXÁMENES "SPOT" INDIQUE EL LUGAR EN DONDE DESEA TRABAJAR

CONTESTE LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN: (Conteste las preguntas 8, 9, 10 y/u 11, sólo si el examen indica que se requiere contestarlas.)

- Anote el condado en el que le gustaría tomar el examen, si es distinto del condado de su residencia: _____
- ¿Necesita que se hagan arreglos razonables para que se le entreviste o para tomar un examen escrito? SÍ NO
- ¿Le impiden sus creencias religiosas tomar un examen en sábado? SÍ NO
- ¿Es empleado ahora del Estado de California? (Si la respuesta es "SÍ", complete la información enseguida.) SÍ NO

Departamento: _____ Subdivisión: _____

- ¿Alguna vez se le ha despedido o dado de baja de algun trabajo por razones de mala conducta o mal desempeño? (Si la decisión fue revocada por una corte o la decisión fue retirada por algun acuerdo legal, usted no necesita responder "SI" a esta pregunta.) SÍ NO

Si responde SI a la pregunta # 5, provea detalles en la casilla # 12, y lea las instrucciones para mas información.

- Además del Inglés, indique cualquier otro idioma que usted:
 - hable con fluidez: _____
 - escriba con fluidez: _____
- Certifico que puedo escribir a máquina a una velocidad de _____ palabras por minuto. (Sólo para solicitantes que necesiten mecanografía.)

(Conteste las preguntas 8, 9, 10 y/u 11, SÓLO si el examen indica que se requiere contestarlas.)

- ¿Cumple con los requisitos mínimos y/o máximos de edad? SÍ NO
- ¿Cuenta con una Licencia de Conductor de California válida? (Si la respuesta es "SÍ", complete la siguiente información) SÍ NO
 No. de Licencia _____ Clase: _____ Restricciones: _____
- ¿Alguna vez le ha condenado algún tribunal de un delito menor de violencia doméstica? SÍ NO
- ¿Alguna vez le ha condenado algún tribunal de un crimen? SÍ NO

12. EXPLICACIONES

CERTIFICACIÓN—IMPORTANTE—POR FAVOR, LEA ANTES DE FIRMAR—Esta solicitud podría rechazarse, si no está firmada.

Certifico, bajo pena de perjurio que la información que he anotado en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Además, entiendo que cualesquier declaraciones falsas, incompletas o incorrectas podrían ocasionar que se me descalifique del proceso de exámenes o que se me despida de un empleo con el Estado de California. Autorizo a los empleadores y a las instituciones educativas que se indican en esta solicitud a que divulguen al Estado de California cualquier información que tengan con respecto a mi empleo o educación.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA EN QUE SE FIRMÓ



Tiene que mandar una solicitud en inglés al departamento que esta anunciando la posición.

EXAMEN Y/O SOLICITUD DE EMPLEO

STD. 678 (REV. 12/2001) (SP) Página 2

NOMBRE DEL SOLICITANTE (<i>Apellido</i>)	<i>(Nombre de Pila)</i>	<i>(Inicial)</i>	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL
--	-------------------------	------------------	--------------------------

13. EDUCACIÓN

¿SE GRADUÓ DE SECUNDARIA? SÍ NO SI NO FUE ASÍ, ¿TIENE UN DIPLOMA GED O SU EQUIVALENTE? SÍ NO SI NO ES ASÍ, ANOTE EL GRADO MÁS ALTO QUE COMPLETÓ

NOMBRE Y UBICACIÓN DE COLEGIO O UNIV ESCUELA COMERCIAL, POR CORRESPONDENCIA ESCUELA VOCACIONAL O DE SERVICIO	ESTUDIOS CURSADOS	UNIDADES COMPLETADAS		DIPLOMA, TÍTULO O CERTIFICADO OBTENIDO	FECHA EN QUE SE COMPLETÓ
		SEMESTRE	TRIMESTRE		

14. ANOTE ENSEGUIDA LAS LICENCIAS O CERTIFICADOS VÁLIDOS DE COMPETENCIA PROFESIONAL O VOCACIONAL, O AFILIACIÓN EN ASOCIACIONES PROFESIONALES QUE SE REQUIERAN EN ESTE ANUNCIO DE EXAMEN. *(Si es abogado, por favor incluya la fecha en que se afilió a la Asociación de Abogados (BAR), incluyendo la información sobre la licencia, si el anuncio del exam en lo requiere.)*

NÚMERO DE LICENCIA/CERTIFICACIÓN	FECHA EN QUE SE LE ADMITIÓ A LA BAR	FECHA DE VENCIMIENTO	EN EL ESPACIO ENSEGUIDA, INDIQUE LOS REQUISITOS DE CURSOS ESPECÍFICOS NECESARIOS PARA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS PARA ESTE EXAMEN

15. HISTORIAL DE EMPLEO—Comience con su empleo más reciente. Anote cada empleo por separado.

DE (<i>Mes/Día/Año</i>)	A (<i>Mes/Día/Año</i>)	TÍTULO/CLASIFICACIÓN DEL EMPLEO (<i>Incluya Rango o Nivel, si es pertinente</i>)		
HORAS A LA SEMANA	TIEMPO TOTAL TRABAJADO (Años/Meses)	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA/DEPENDENCIA ESTATAL		SUPERVISOR
SUELDO GANADO \$ _____ POR _____		DIRECCIÓN		
TAREAS DESEMPEÑADAS				

RAZÓN POR LA CUAL SE MARCHÓ

DE (<i>Mes/Día/Año</i>)	A (<i>Mes/Día/Año</i>)	TÍTULO/CLASIFICACIÓN DEL EMPLEO (<i>Incluya Rango o Nivel, si es pertinente</i>)		
HORAS A LA SEMANA	TIEMPO TOTAL TRABAJADO (Años/Meses)	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA/DEPENDENCIA ESTATAL		SUPERVISOR
SUELDO GANADO \$ _____ POR _____		DIRECCIÓN		
TAREAS DESEMPEÑADAS				

RAZÓN POR LA CUAL SE MARCHÓ

EXAMEN Y/O SOLICITUD DE EMPLEO

STD. 678 (REV. 12/2001) (SP) Página 3

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>(Apellido)</i>	<i>(Nombre de Pila)</i>	<i>(Inicial)</i>	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL
--	-------------------------	------------------	--------------------------

15. HISTORIAL DE EMPLEO (Continuación)

DE <i>(Mes/Día/Año)</i>	A <i>(Mes/Día/Año)</i>	TÍTULO/CLASIFICACIÓN DEL EMPLEO <i>(Incluya Rango o Nivel, si es pertinente)</i>	
HORAS A LA SEMANA	TIEMPO TOTAL TRABAJADO <i>(Años/Meses)</i>	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA/DEPENDENCIA ESTATAL	SUPERVISOR
SUELDO GANADO \$ _____ POR _____		DIRECCIÓN	
TAREAS DESEMPEÑADAS			

 RAZÓN POR LA CUAL SE MARCHÓ

DE <i>(Mes/Día/Año)</i>	A <i>(Mes/Día/Año)</i>	TÍTULO/CLASIFICACIÓN DEL EMPLEO <i>(Incluya Rango o Nivel, si es pertinente)</i>	
HORAS A LA SEMANA	TIEMPO TOTAL TRABAJADO <i>(Años/Meses)</i>	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA/DEPENDENCIA ESTATAL	SUPERVISOR
SUELDO GANADO \$ _____ POR _____		DIRECCIÓN	
TAREAS DESEMPEÑADAS			

 RAZÓN POR LA CUAL SE MARCHÓ

DE <i>(Mes/Día/Año)</i>	A <i>(Mes/Día/Año)</i>	TÍTULO/CLASIFICACIÓN DEL EMPLEO <i>(Incluya Rango o Nivel, si es pertinente)</i>	
HORAS A LA SEMANA	TIEMPO TOTAL TRABAJADO <i>(Años/Meses)</i>	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA/DEPENDENCIA ESTATAL	SUPERVISOR
SUELDO GANADO \$ _____ POR _____		DIRECCIÓN	
TAREAS DESEMPEÑADAS			

 RAZÓN POR LA CUAL SE MARCHÓ

EXAMEN Y/O SOLICITUD DE EMPLEO

STD. 678 (REV. 12/2001) (SP) Página 4

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>(Apellido)</i>	<i>(Nombre de Pila)</i>	<i>(Inicial)</i>	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL
--	-------------------------	------------------	--------------------------

15. HISTORIAL DE EMPLEO (Continuación)

DE <i>(Mes/Día/Año)</i>	A <i>(Mes/Día/Año)</i>	TÍTULO/CLASIFICACIÓN DEL EMPLEO <i>(Incluya Rango o Nivel, si es pertinente)</i>	
HORAS A LA SEMANA	TIEMPO TOTAL TRABAJADO <i>(Años/Meses)</i>	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA/DEPENDENCIA ESTATAL	SUPERVISOR
SUELDO GANADO \$ _____ POR _____		DIRECCIÓN	
TAREAS DESEMPEÑADAS			

RAZÓN POR LA CUAL SE MARCHÓ

DE <i>(Mes/Día/Año)</i>	A <i>(Mes/Día/Año)</i>	TÍTULO/CLASIFICACIÓN DEL EMPLEO <i>(Incluya Rango o Nivel, si es pertinente)</i>	
HORAS A LA SEMANA	TIEMPO TOTAL TRABAJADO <i>(Años/Meses)</i>	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA/DEPENDENCIA ESTATAL	SUPERVISOR
SUELDO GANADO \$ _____ POR _____		DIRECCIÓN	
TAREAS DESEMPEÑADAS			

RAZÓN POR LA CUAL SE MARCHÓ

DE <i>(Mes/Día/Año)</i>	A <i>(Mes/Día/Año)</i>	TÍTULO/CLASIFICACIÓN DEL EMPLEO <i>(Incluya Rango o Nivel, si es pertinente)</i>	
HORAS A LA SEMANA	TIEMPO TOTAL TRABAJADO <i>(Años/Meses)</i>	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA/DEPENDENCIA ESTATAL	SUPERVISOR
SUELDO GANADO \$ _____ POR _____		DIRECCIÓN	
TAREAS DESEMPEÑADAS			

RAZÓN POR LA CUAL SE MARCHÓ

EXAMEN Y/O SOLICITUD DE EMPLEO

STD. 678 (REV. 12/2001) (SP) Página 5

OPORTUNIDADES EQUITATIVAS DE EMPLEO (Sólo para Uso del Exámen)

SOLICITANTE: A fin de ayudar al Estado de California en su compromiso con las Oportunidades Equitativas de Empleo, se les pide a los solicitantes que provean voluntariamente la siguiente información. Esta encuesta se separará de la solicitud, antes del exámen, y no se utilizará para tomar ninguna decisión sobre el empleo. La Sección 19705 del Código Gubernamental autoriza a la Junta Estatal de Personal a retener esta información para fines investigativos y estadísticos.

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL _____

EDAD <input type="checkbox"/> (1) MENOR DE 21 <input type="checkbox"/> (3) 21 - 39 <input type="checkbox"/> (6) 40 - 69 <input type="checkbox"/> (7) 70 Y MAYOR	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
---	---

Categoría Étnica (Por favor, marque la casilla que mejor describa su raza/etnicidad.)

(7) **INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA**—Personas que provienen de cualquiera de las tribus de norteamérica, y que mantienen su identificación cultural a través de afiliación con la tribu o reconocimiento
 ANOTE LA IDENTIFICACIÓN O AFILIACIÓN CON LA TRIBU

(2) **ASIÁTICO**—Personas que provienen de cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el Sureste de Asia o el Subcontinente

(1) **NEGRO**—Personas que provienen de cualquiera de los grupos raciales negros de África.

(8) **FILIPINO**—Personas que provienen de cualquiera de los pueblos originales de las Islas Filipinas.

(4) **HISPANO**—Personas que provienen de México, Puerto Rico, Cuba, Centro o Sudamérica u de otros pueblos hispanos, sin importar la raza.

(6) **ISLEÑO DEL PACÍFICO**—Personas que provienen de las Islas del Pacífico, como Samoa.

(5) **BLANCO**—Personas que provienen de cualquiera de los pueblos originales de Europa, del Norte de África o del Medio Oriente.

Marque si:

(3) **OTRO (Especifique)** _____

(Y) **INCAPACITADO**—Una persona con una incapacidad es un individuo que: (1) tiene un impedimento físico o mental que limita substancialmente una o más de sus actividades cotidianas, como caminar, hablar, respirar, realizar tareas manuales, ver, oír, aprender, cuidar de sí mismo o trabajar; (2) tiene documentación o historial clínico de dicho impedimento; o (3) se le considera el tener dicho impedimento.

MILITAR—Un veterano militar; una viuda o viudo de un veterano(a); o un cónyuge de un veterano incapacitado en un 100%.

¿Cómo se enteró de este Examen?
 LÍNEA TELEFÓNICA DE EMPLEOS

 ALGUIEN SE LO DIJO

 INTERNET

 ANUNCIO EN _____

 BOLETÍN DE EXÁMENES LOCALIZADO EN _____

GRACIAS POR COMPLETAR ESTA ENCUESTA